



# WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 10 YEARS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE \_\_\_\_\_

## NIÑEZ AVANZADA: 10 AÑOS

**A SER COMPLETADO  
POR EL PADRE/MADRE  
ACERCA DEL NIÑO(A)**

NOMBRE DEL NIÑO(A)	TRAÍDO POR	FECHA DE NACIMIENTO
ALLERGIAS		MEDICAMENTOS ACTUALES
ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA		HOY TENGO UNA PREGUNTA SOBRE:

<p>SÍ NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) desayuna todos los días.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A mi niño(a) le va bien en la escuela.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) tiene uno o más amigos cercanos.</p>	<p>SÍ NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) se ve descansado cuando despierta.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) controla apropiadamente el estrés, el enojo, la frustración.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) tiene actividad física todos los días.</p>
--	---

WEIGHT KG/OZ. PERCENTILE      HEIGHT CM/IN. PERCENTILE      BLOOD PRESSURE

Review of systems       Review of family history

Screening:	MHZ	R	L
Hearing	4000	_____	_____
	2000	_____	_____
	1000	_____	_____
	500	_____	_____
Vision	R 20/	_____	L 20/
	N A		
Development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Social/Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Physical:	N A		N A
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Describe abnormal findings and comments:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diet \_\_\_\_\_

Sleep \_\_\_\_\_

Review Immunization Record

TB       Dental Referral       Hct/Hgb

Health Education: (Check all discussed/handouts given)

Nutrition       Child Care       Regular Physical Activity

Seat Belt       Reading/Homework       Helmets/Safety Gear

Passive Smoke/Smoking       Bedtime/Household Rules

Dental Care       Puberty/Menses Onset

Other: \_\_\_\_\_

Assessment/Plan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IMMUNIZATIONS GIVEN

REFERRALS

<b>NEXT VISIT: 12 YEARS OF AGE</b>	HEALTH PROVIDER NAME
HEALTH PROVIDER SIGNATURE	HEALTH PROVIDER ADDRESS

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Late Childhood (10 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

### **Bed-wetting**

Most children who wet the bed overcome the problem between 6-10 years of age. Even without treatment all children eventually get over it. It is important for primary care practitioners to discuss with parents any concerns about their child's incontinence and potential treatment options during the annual exam. Use clinical judgment with treatment.

### **Total Cholesterol/Lipoprotein Screens**

- Screen children with a parent or grandparent with premature (before age 55) cardiovascular disease.
- Recommend lipoprotein screen for children with a total cholesterol equal to or greater than 170 on two tests with a parent whose cholesterol is greater than or equal to 249 mg/DL.

### **Developmental Milestones**

Always ask parents if they have concerns about development or behavior.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



# EXAMEN "WELL CHILD" (NIÑOS SANOS) - NIÑEZ AVANZADA: 10 AÑOS

WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 10 YEARS

(Satisface pautas EPSDT)

FECHA

## NIÑEZ AVANZADA: 10 AÑOS

A SER COMPLETADO  
POR EL PADRE/MADRE  
ACERCA DEL NIÑO(A)

NOMBRE DEL NIÑO(A)	TRAÍDO POR	FECHA DE NACIMIENTO
ALLERGIAS		MEDICAMENTOS ACTUALES
ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA		HOY TENGO UNA PREGUNTA SOBRE:

SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	MI NIÑO(A) DESAYUNA TODOS LOS DÍAS.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	MI NIÑO(A) SE VE DESCANSADO CUANDO DESPIERTA.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A MI NIÑO(A) LE VA BIEN EN LA ESCUELA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MI NIÑO(A) CONTROLA APROPIADAMENTE EL ESTRÉS, EL ENOJO, LA FRUSTRACIÓN.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MI NIÑO(A) TIENE UNO O MÁS AMIGOS CERCANOS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MI NIÑO(A) TIENE ACTIVIDAD FÍSICA TODOS LOS DÍAS.

PESO KG./OZ. PORCENTAJE      ALTURA CM/IN. PORCENTAJE      PRESIÓN SANGUÍNEA

Revisión de los sistemas       Revisión del historial familiar

Exploración:      MHZ      R      L

Audición

4000 \_\_\_\_\_

2000 \_\_\_\_\_

1000 \_\_\_\_\_

500 \_\_\_\_\_

Vista      R 20/ \_\_\_\_\_      L 20/ \_\_\_\_\_

                  N    A

Desarrollo        \_\_\_\_\_

Comportamiento        \_\_\_\_\_

Social/Emocional        \_\_\_\_\_

Salud mental        \_\_\_\_\_

Físico:	N	A		N	A
Apariencia general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulsaciones/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orofaringe/Dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganglios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Manera de caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describe anomalías encontradas y comentarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alimentación \_\_\_\_\_

Sueño \_\_\_\_\_

Revisión del historial de inmunizaciones

TB (Tuberculosis)       Derivación odontológica       Hct/Hgb

Educación de la salud: (Marcar todo lo discutido/los materiales provistos)

Nutrición       Cuidado de niños       Actividad física regular

Cinturón de seguridad       Lectura/Tareas escolares       Cascos/Equipo de seguridad

Fumar/Fumador pasivo       Reglas a la hora de dormir/del hogar

Cuidado Dental       Pubertad/Comienzo de la menstruación

Otro: \_\_\_\_\_

Evaluación/Plan: \_\_\_\_\_

INMUNIZACIONES ADMINISTRADAS

DERIVACIONES

**PRÓXIMA VISITA: 12 AÑOS DE EDAD**

FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO A LA SALUD

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD

DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD

# La salud de su niño(a) a los 10 años

## Indicadores de logros

### Formas de desarrollo de su niño(a) entre los 10 y 12 años de edad.

A su niño(a) le deberían estar creciendo sus dientes permanentes laterales, los colmillos y los dientes premolares.

Entre los 10 y 12 años de edad, muchos niños comenzarán a desarrollarse como adultos. A las niñas pudieran comenzar a crecerles los senos y menstruar. A los niños pudieran comenzar a crecerles vello facial y en la zona del pubis.

Hable con su niño(a) sobre los cambios en su cuerpo antes de que los cambios sucedan. Los niños deberían saber sobre la barba, el cambio de voz y sueños mojados. Las niñas deberían saber qué hacer cuando la menstruación comienza.

**Puede ayudar a su niño(a) a aprender nuevas cosas hablando y jugando juntos. Haga un juego de la práctica, haciéndole usar gestos de mano o para que diga "No" cuando un extraño le ofrezca un paseo en automóvil.**

## Para ayuda o más información

Paternidad /maternidad planificada, agencias de planificación familiar, departamentos de salud y colegios comunitarios pueden tener clases como "Mamá y yo" o "Papá y yo" para ayudarle a explicar el crecimiento a los niños y las niñas. Puede llamar al 1-800-375-2666.

### Seguridad con las armas de fuego:

Línea Gratuita sobre el Almacenamiento Seguro, al 1-800-LOK-IT-UP (565-4887)

### Seguridad en el asiento del automóvil:

Coalición para Restricción de Seguridad, al 1-800-BUCK-L-UP (voz) o al 1-800-833-6388 (TTY Servicio de Retransmisión)

**Habilidades o apoyo para la crianza:** Línea de ayuda familiar, 1-800-932-HOPE (4673) Recursos para familias del noroeste, 1-888-746-9568 Clases en el Colegio Comunitario local

## Consejos de Salud

Su niño(a) debería tener un examen médico por lo menos año por medio.

Su niño(a) debería ver al dentista cada seis meses. Asegúrese de que se esté cepillando los dientes correctamente con pasta dental con flúor y pasándose el hilo dental diariamente.

Usted y su niño(a) deberían hacer ejercicios de 20 a 30 minutos diariamente. Pueden salir a caminar o andar en patines juntos. Este es un hábito importante para que su niño(a) aprenda.

## Consejos sobre Paternidad/Maternidad responsable

Haga que su niño(a) le ayude a planificar las comidas y a hacerlas todas las semanas. Esta es una buena etapa para que practique a seleccionar todos los ingredientes de una comida saludable.

Acariciando, abrazando y besando a su niño(a) le dice cuánto usted le ama. Esto es importante; aún si su niño(a) no quiera que usted lo haga cuando sus amigos estén presentes.

Enseñe a su niño(a) lo que puede y lo que no puede hacer cuando esté enojado. Aprendiendo a solucionar un argumento familiar tranquilamente lo ayudará a solucionar argumentos con sus amigos de la misma manera.

## Consejos de seguridad

Tenga prácticas de seguridad familiar en su casa:

- Pruebe la alarma de incendios y cambie las baterías cuando sea necesario.
- Haga simulacros de incendios y practique salidas de escape y gatear debajo del humo.
- Guarde todas las armas y rifles descargados bajo llave.
- Use el cinturón de seguridad siempre que alguien pasee en el auto.
- Use correctamente el casco y almohadillas protectoras para andar en bicicleta, patineta, o cuando se use un monopatín. ¡Los adultos deben usar casco y almohadillas protectoras también!

Enseñe a su niño(a) la seguridad con respecto a las armas. Ellos nunca juegan con armas de verdad. Si usted tiene armas en su hogar, asegúrese de que estén descargadas y guardadas bajo llave.